Aus der Chirurgischen Klinik der Universität zu Breslau.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner.)

Über paranephritische Abszesse.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Josef Scholz,
approb. Arzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Über die Ätiologie der Eiterungen in der Umgebung der Nieren ist insofern Klarheit und Übereinstimmung der Ansichten, als die größte Anzahl der Fälle dieses an sich seltenen Leidens durch metastatische Eiterungen infolge Verschleppung von Keimen auf dem Blutwege aus primären, meist an der Haut entstandenen Herden, zurückzuführen ist, ein kleinerer Teil aber sich durch direktes Übergreifen von eitrigen Prozessen aus der Nachbarschaft des Nierenkapselgewebes erklären läßt. Nur bei einer verhältnismäßig geringen Zahl bleibt die Ursache der Entstehung vollkommen unbekannt, insofern als keinerlei vorausgegangene Eiterungen anamnestisch feststellbar sind und auch andere Ursachen nicht gefunden werden können. Es sind dies die kryptogenetischen oder idiopathischen Abszesse der Nierenkapsel. Aber auch für diese Fälle läßt sich nur feststellen, daß eine primäre Eiterung nicht beobachtet worden ist, ausschließen läßt sie sich keinesfalls; genügt doch schon eine ganz geringfügig abszedierte Stelle an der Haut, an den Tonsillen oder an den Schleimhäuten des Halses und der Nase, die ob ihrer Geringfügigkeit gar nicht zur Beobachtung zu gelangen braucht und von der aus doch pathogene Mikroorganismen ins Blut übertreten und den metastatischen Abszeß im paranephritischen Gewebe hervorrufen können.

Die Trennung einer Paranephritis von der Perinephritis ließe sich, rein anatomisch betrachtet, rechtfertigen, die praktische Bedeutung dieser Unterscheidung ist jedoch nur gering, da wohl immer ein Überfließen der beiden Krankheitsformen eintreten wird.

Eine andere Unterscheidung der paranephritischen Abszesse ist von Payer vorgenommen worden, der eine primäre und eine sekundäre Form unterscheidet, nämlich die primäre oder metastatische und die sekundäre oder lokal fortgeleitete Form, zum Beispiel im Gefolge einer Pleuritis. Durch Untersuchungen Küttners über die Kommunikation der Lymphgefäße von Brust- und Bauchhöhle durch

das Zwerchfell läßt sich das Durchwandern eines Infektionsprozesses aus der Brusthöhle ins paranephritische Gewebe erklären. Ein Teil der paranephritischen Abszesse ist tuberkulösen Ursprungs infolge metastatischer Einwanderung von Tuberkelbazillen von an anderen Stellen des Körpers bestehenden tuberkulösen Erkrankungen aus.

Die an der Breslauer Chirurgischen Klinik in den Jahren 1888 bis 1911 beobachteten Fälle von paranephritischen Abszessen sind in einer Arbeit von Simon zusammengefaßt und bezüglich der Genese in Abszesse unterschieden worden, die erstens bakteriell metastatisch in der kapsula adiposa oder in der Nierenrinde selbst entstanden sind, zweitens die durch lokale Weiterwanderung von primären Krankheitsherden aus z. B. Parametritis, Appendizitis, Pleuritis usw. in das paranephritische Gewebe übergingen.

Als Erreger der paranephritischen Abszesse wurden der Staphylococcus pyogenes aureus, der Streptococcus, Pneumococcus, Gonococcus und das Bakterium coli am häufigsten gefunden. Von Ghon und Mucha ist ein eigenartiger anärober Bazillus als Erreger eines paranephritischen Abszesses nachgewiesen und gezüchtet worden, der große Ähnlichkeit mit dem Erreger des malignen Ödems zeigte. Auch Pseudodiphtheriebazillen sind im Abszeßeiter bei Paranephritis nachgewiesen worden.

Von besonderer Wichtigkeit für die Entstehung eines paranephritischen Abszesses ist das Trauma, das in vielen Fällen der Erkrankung vorausgeht. Durch den Schnitzlerschen Versuch auf dem Chirurgentag 1899 wurde experimentell durch Tierversuch die Bedeutung einer Läsion der Nierengegend für das Auftreten eines paranephritischen Abszesses erwiesen. Eine Reihe von Autoren nehmen an, daß infolge eines Traumas Blutungsherde in der Nierenfettkapsel entstehen, die den im Blute kreisenden oder von der Niere aus ins paranephritische Gewebe übertretenden Mikroorganismen einen günstigen Nährboden liefern. Andererseits glaubt man auch, daß durch die Schädigung des Gewebes ein Ort des geringeren Widerstandes entsteht, an dem sich Keime wegen der verminderten Abwehrreaktion der betroffenen Körperstelle leicht ansiedeln können. Blutungsherde werden nach Ansicht Küsters zuweilen überaus langsam resorbiert, wodurch es verständlich wird, daß sie selbst noch nach Monaten, wie es scheint selbst noch nach Jahren durch kreisende Bakterien angesteckt werden können.

Diese der Literatur entnommenen Angaben fand ich größtenteils in den von mir bearbeiteten 17 Fällen über Paranephritis an der Breslauer Chirurgischen Universitätsklinik innerhalb der Jahre 1911 bis 1919 bestätigt. In 7 Fällen gingen der Erkrankung Eiterungen an der Haut, meist Furunkel oder Karbunkel oder auch eiternde Kratzwunden voraus. In 4 Fällen ist ein Trauma beobachtet worden, in einem dieser Fälle lag das Trauma 1 Jahr, in einem anderen 5 Jahre zurück.

Die Krankheit begann teils plötzlich mit stechenden Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost, teils nahm sie einen mehr schleichenden, allmählichen Anfang, der vor allem bei von anderen Krankheitsherden fortgeleiteten Paranephritiden zu beobachten war (Fall 5, 6, 7). Häufig wurden Beschwerden beim Gehen infolge von Kontraktion der Psoasmuskulatur gefunden, in 2 Fällen kam es zu erheblichen Kontrakturen des Beines verbunden mit Adduktion (Fall 8, 13).

Die Röntgenuntersuchung, die zweimal zur Klärung der Diagnose gemacht wurde, zeigte verbreiterten Nierenschatten in der befallenen Seite (Fall 1, 4).

Als Eitererreger wurden immer Staphylococcen gefunden außer im Fall 11, wo Streptococcen nachgewiesen wurden.

Die Urinuntersuchung brachte nur in wenigen Fällen eine Unterstützung für die Diagnose. Albumen trat gewöhnlich erst in späteren Tagen der Erkrankung auf, so daß hierin kein Mittel zur Stellung der Frühdiagnose gefunden werden kann.

Eine weit größere Bedeutung kommt der Probepunktion zu, die in der überwiegenden Zahl der Fälle zur eindeutigen Feststellung der Diagnose führte, auf Grund der dann der therapeutische Eingriff leicht möglich war. In fast allen Fällen ergab die Punktion Eiter, in Fall 1 und 15 verlief sie ergebnislos, in einigen Fällen mußte sehr häufig punktiert werden, bis man auf Eiter gelangte.

Therapeutisch wurde stets eine breite Eröffnung der Abszeßhöhle vorgenommen, wobei die Niere nie zu Gesicht gekommen ist. Ausgiebige Drainage und Tamponade der Wunde mit späterer aseptischer Versorgung führte gewöhnlich im Verlauf von 4—6 Wochen zur Heilung.